

## 年間医療費通知発行申請書

事業所名称		被保険者証 記号・番号	—
被保険者名 (申請者)		生年月日	昭和 平成 年 月 日
住 所	〒 —		

希望する 期間に○ を付けて ください	1	令和5年1月診療分～令和5年10月診療分	【令和6年1月上旬発行】
	2	令和5年1月診療分～令和5年11月診療分	【令和6年2月上旬発行】
	3	令和5年1月診療分～令和5年12月診療分	【令和6年3月以降発行】
	4	ご希望の期間を記入してください(2年前まで発行可能です) ( 年 月分～ 年 月分 )	【随時発行】

※ 1～3 を併せて選択できません

医療費控除申告に必要なため、年間医療費通知の発行を申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者名  
(申請者)

---

△ 受付日付印 △

(令和5年度用)